

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INFECTIONS MÉTRO-SALPINGIENNES
AIGÜES
DANS LES CANCERS DU COL UTÉRIN AU DÉBUT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1920

PAR

DEBBASCHE (Léon-Vita-Aldo)

Né à Tunis (Tunisie), le 28 novembre 1896

Interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence

Médaillé des épidémies (1920)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	FORGUE, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
	ESTOR, Professeur.		
	RICHE, Agrégé.		
	ETIENNE, Agrégé.		



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0123

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INFECTIONS MÉTRO-SALPINGIENNES AIGÜES
DANS LES CANCERS DU COL UTÉRIN AU DÉBUT

DU MÊME AUTEUR

Deux cas de maladie de Little (en collaboration avec M. J. Manet)
(*Marseille médical*, 1^{er} janvier 1919).

Un cas de gommes sporotrichosiques ulcérées de la jambe (en
collaboration avec M. J. Manet) (*Marseille médical*, 1^{er} janvier 1919).

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INFECTIONS MÉTRO-SALPINGIENNES
AIGÜES

DANS LES CANCERS DU COL UTÉRIN AU DÉBUT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1920

PAR

DEBBASCHE (Léon-Vita-Aldo)

Né à Tunis (Tunisie), le 28 novembre 1896

Interne des hôpitaux d'Aix-en-Provence

Médaillé des épidémies (1920)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	FORGUE, Professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
	ESTOR, Professeur.		
	RICHE, Agrégé.		
	ETIENNE, Agrégé.		



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. N...	DOYEN.
FORGUE (O. ✱)	ASSESEUR.
N...	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II).
Clinique obstétricale.....	VALLAIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIREN (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱✱).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱).
Microbiologie	LISBONNE.
Clinique médicale.....	VEDEL.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Pathologie interne	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des mal. des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱✱), a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱✱, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. des vieillards...	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (✱ ✱) (Dr) (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syph. et cutanées.	N...
Matière médicale	N...

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✱).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	EUZIERE.	MARGAROT.
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	LAPEYRE.
RICHE (✱).	RIMBAUD (✱).	STROHL.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, profes., président; ESTOR, profes.; RICHE, agrégé;
ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de reconnaissance pour tous leurs sacrifices.

A MA FEMME CHÉRIE

Gage de mon profond amour.

A MES SOEURS — A MES FRÈRES

Qui m'ont entouré de leur sollicitude.

AU COMTE MORCOFF

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A. DEBBASCH.

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'HOPITAL ITALIEN DE TUNIS

A MES MAITRES DE MARSEILLE

A MES MAITRES D'AIX-EN-PROVENCE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

A. DEBBASCH.

AVANT-PROPOS

Àu moment de terminer nos études médicales, c'est avec la plus vive des satisfactions que nous rassemblons dans une pensée de reconnaissance affectueuse tous ceux qui nous ont guidé et soutenu dans cette période de labeur.

Nous adressons nos remerciements très vifs à Monsieur le professeur Forgue qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre Jury.

Nous tenons ici à exprimer à nos Maîtres de l'Hôpital d'Aix-en-Provence, particulièrement à Messieurs les docteurs Thomas et Vaissade, qui alors que nous étions interne dans leur service nous ont soigné dans le cours d'une diphtérie grave, toute la gratitude que nous leur avons vouée pour la sollicitude qu'ils nous ont témoignée au cours de notre internal. Nous assurons de notre dévouement Monsieur le docteur Latil, qui nous a suggéré l'idée de notre thèse.

Notre souvenir reconnaissant va à Messieurs les professeurs Gaujoux et Chauvin qui se sont intéressés particulièrement à nous.

A nos collaborateurs et amis les docteurs Manet et Badier notre vif et sincère attachement.

Enfin de tous nos camarades d'études, en particulier de Monsieur le pharmacien Charles Finzi et de Messieurs les docteurs Boulakia, Roman, Michotey, Taïeb, Rapaire, Blacas, Aube, Guers et Vincentelli, nous conserverons toujours un très cordial souvenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INFECTIONS MÉTRO - SALPINGIENNES
AIGUËS
DANS LES CANCERS DU COL UTÉRIN AU DÉBUT

INTRODUCTION

Il y a au cours du cancer de l'utérus des phénomènes d'infections de caractère banal ou irrémédiable qui ne présentent pas un très grand intérêt chirurgical. Parfois au contraire ces infections posent des problèmes intéressants de diagnostic et de traitement.

Il est bien entendu que tout cancer utérin s'accompagne d'une infection banale et bénigne. C'est d'abord un liquide séreux qui tache le linge et dont l'abondance est parfois considérable. C'est une leucorrhée comme dans la métrite, et quand ce liquide devient roux ou rouge il n'est que l'addition de l'hémorragie et d'une métrite muqueuse, glandulaire, qui ajoute un écoulement à celui de l'ulcération néoplasique. L'analyse microscopique révèle à côté des pyogènes banaux aérobies des microbes anaérobies qui expliquent l'odeur fétide des tissus désin-

tégrés. A ce stade les lésions profondes de l'utérus, des annexes, des ovaires, du paramètre, du péritoine sont très rares. Ce sont des lésions d'inflammations bénignes, non spécifiques, qui n'offrent pas grande difficulté pour le diagnostic et qui ne constituent pour le traitement ni une difficulté technique, ni un pronostic plus sombre.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Legueu les résume à juste titre en disant : « Je ne nie pas la réalité de cette infection péri-utérine ; mais en pratique cette interprétation est toujours fausse et erronée ; dans tous les cas que j'ai vus et opérés, toutes les fois qu'une trainée avait été constatée dans un des culs-de-sac, j'ai pu m'assurer, au cours de l'opération, qu'il s'agissait d'une trainée épithéliale et néoplasique, que le mal s'étendait plus loin qu'on ne l'avait pensé, l'utérus était difficilement abaissable, l'opération était incomplète et la récurrence se faisait très rapidement. Donc, dit-il, en clinique toute induration de la base des ligaments larges doit être considérée comme suspecte. »

Au contraire, au stade terminal de tout cancer utérin non opéré ou récidivé il existe, par suite d'une ulcération perforante ou par suite des abcès cellulaires ou lymphagiques, des complications utérines nombreuses, pénibles, douloureuses, malheureusement sans intérêt opératoire, et le chirurgien se borne par une asepsie relative à diminuer une inflammation qui est un facteur de douleur. La cystite, la péricystite, la péritonite, l'ouverture dans le rectum, les poches de péritonite localisée, sont autant de lésions lamentables qu'aucun traitement curateur ne peut atteindre et qui sont produites par les deux facteurs : ulcération néoplasique et infection secondaire par les pyogènes.

Il est bien entendu que ces lésions terminales ne nous

intéressent pas dans ce travail ; d'autre part, nous sommes évidemment d'accord avec les auteurs classiques pour reconnaître la rareté des lésions inflammatoires dans le cancer du col utérin au début.

Toutefois il ne faut pas méconnaître ces lésions, elles existent si bien que, pendant notre internat dans le service du docteur José Latil, nous avons pu en recueillir plusieurs observations. Et il nous a semblé que ces accidents posaient des questions de diagnostic et de traitement souvent difficiles à résoudre. C'est l'objet de notre travail.

Nous étudierons au cours d'un cancer limité et opérable les complications infectieuses qui rendent le traitement difficile et au point de vue des indications et au point de vue de la technique.

Nous verrons donc successivement :

- 1° L'anatomie de ces lésions.
 - 2° Leur étiologie.
 - 3° Les formes cliniques.
 - 4° Le diagnostic.
 - 5° Le traitement.
-

ANATOMIE

Nous croyons utile, avant d'aborder notre sujet, de rappeler brièvement l'anatomie normale de ces lésions et nous étudierons successivement :

- a) Les lymphatiques des organes génitaux internes ;
- b) Les veines ;
- c) Le tissu cellulaire.

LYMPHATIQUES DE L'OVAIRE.— Ils forment au niveau du hile un riche plexus à mailles très serrées. Peu à peu ce plexus diminue de volume, prend une direction ascendante pour venir se terminer dans les ganglions lombos-aortiques. Dans ce trajet ascendant les lymphatiques de l'ovaire s'unissent aux lymphatiques émanés du fond de l'utérus et de la trompe.

LYMPHATIQUES DE LA TROMPE.— Nés des trois tuniques de cet organe les lymphatiques de la trompe s'unissent à ceux du fond de l'utérus et de l'ovaire.

LYMPHATIQUES DE L'UTÉRUS.— Ils naissent de trois réseaux capillaires : un réseau muqueux ; un réseau

musculaire et un réseau séreux. Les troncs émanés de ces réseaux se rassemblent à la surface du muscle utérin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et forment là un quatrième réseau d'où partent les troncs collecteurs.

Bien que les réseaux d'origine du col et du corps se continuent sans ligne de démarcation aucune, nous envisagerons séparément les collecteurs de ces deux portions de l'utérus :

COLLECTEURS DU COL.— Les collecteurs cervicaux convergent vers les parties latérales de l'utérus, on peut les répartir en trois pédicules :

a) *Un premier pédicule* (pédicule iliaqué externe ou pré-urétéral) qui monte sur la paroi latérale de l'excavation pelvienne et se termine dans les ganglions moyen et supérieur de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe.

b) *Un deuxième pédicule* (pédicule hypogastrique ou rétro-urétéral) qui va se terminer dans un ganglion placé sur le tronc terminal antérieur de l'hypogastrique au niveau de l'origine de l'utérine ou de la vaginale.

c) *Un troisième pédicule* (pédicule du promontoire et sacré latéral) émane de la face postérieure du col, descend d'abord sur le vagin puis remonte dans la concavité sacrée pour venir se terminer dans les ganglions sacrés latéraux et les ganglions du promontoire.

COLLECTEURS DU CORPS. — Ils peuvent être répartis en trois groupes, un principal et deux accessoires :

a) *Le pédicule principal* apparaît au-dessous de la corne utérine, suit d'abord le segment terminal de l'utérine, puis passe au-dessous de l'ovaire et est rejoint à ce niveau par les vaisseaux émanés de cette glande. Il s'engage ensuite dans le ligament suspenseur de l'ovaire et

monte dans la région lombaire vers les ganglions juxta-aortiques.

b) *Les deux pédicules accessoires* vont l'un aux ganglions iliaques externes, l'autre aux ganglions inguinaux.

Enfin les lymphatiques du col et du corps sont non seulement unis par la continuité de leurs réseaux d'origine, mais encore par une longue anastomose juxta-utérine.

VEINES. — Les veines de l'utérus tirent leur origine des réseaux capillaires des trois tuniques séreuse, musculuse et muqueuse. Elles convergent tout d'abord vers la couche musculaire moyenne : ce sont les sinus utérins.

De la couche musculaire moyenne les sinus veineux se dirigent vers les bords latéraux de l'utérus et forment à droite et à gauche les plexus veineux utérins qui se logent entre les deux feuillets du ligament large et s'étendent sans interruption depuis le plexus ovarique jusqu'au plexus vaginal.

Ces plexus veineux donnent à leur tour naissance :

1° En bas aux veines utérines qui se rendent à la veine hypogastrique.

2° En haut à une série de branches qui se réunissent aux branches issues de l'ovaire et du ligament large pour constituer le plexus utéro-ovarien ou pampiniforme.

3° En haut et en avant aux veines du ligament rond qui se jettent dans la veine épigastrique et dans la veine fémorale.

TISSU CELLULAIRE OU PARAMÉTRIUM. — Sous le péritoine du bassin s'étend un plan celluleux plus ou moins chargé de graisse, qui remplit sans interruption les interstices entre la face inférieure du péritoine et le muscle releveur

de l'anus. Ce muscle divise la cavité pelvienne en deux espaces : l'un situé au-dessus, l'autre situé au-dessous de lui. Mais le péritoine ne descend pas jusqu'à la face supérieure du releveur de l'anus, il en résulte nécessairement un intervalle entre ce muscle et le péritoine ; cet espace est la cavité pelvienne sous-péritonéale, siège de phlegmons qui envahissent le tissu conjonctif lâche du bassin et s'étendent même au delà.

Aussi le paramétrium entoure la moitié inférieure de l'utérus, et embrasse en avant la vessie et en arrière le rectum. Il renferme des nerfs nombreux, des vaisseaux artériels et veineux, des fibres musculaires, des ganglions, des lymphatiques.

C'est ce tissu cellulaire sous-péritonéal qui est traversé par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne et par les lymphatiques du col.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LÉSIONS HABITUELLES DU CANCER AU DÉBUT.—On connaît classiquement les lésions qui entourent une ulcération cancéreuse au début. A ce stade il n'y a pas de propagation cancéreuse éloignée, mais il y a :

a) Inflammation simple de la muqueuse du corps et du col utérin ;

b) Parfois inflammation de la muqueuse vaginale ;

c) Infection du paramétrium. Wertheim a étudié ces lésions au Congrès de Rome de 1902 : il montre à côté des cas d'infiltrations néoplasiques (50 %) une infiltration inflammatoire du paramètre soit sur le bord utérin, soit à la partie externe du ligament large ;

d) Une atteinte des ganglions, très irrégulière, qui au début tout au moins est simplement inflammatoire.

COMPLICATIONS INFECTIEUSES DU DÉBUT.—Elles sont rares, mais nous les avons observées. Ce sont :

a) La pyométrie ;

b) La salpingite catarrhale ou purulente ;

c) Les périmétrites et périsalpingites péritonéales ;

d) L'inflammation du paramètre.

Ces lésions sont pour la plupart banales, non spécifiques, ajoutées au cancer sans recevoir de lui une physionomie propre. Seule la pyométrie présente quelque chose d'original, car cette affection se rencontre presque uniquement : 1° dans les malformations du col des nullipares ; 2° dans le cancer du col. La muqueuse présente des lésions d'inflammation simple, d'œdème, inflammation du réseau sous-muqueux, des lymphatiques, parfois de la phlébite.

Le contenu est un pus plus ou moins lié, jaune ou grisâtre, malodorant à cause de la rétention d'une quantité variable, à peu près 25 centimètres cubes dans une de nos observations.

ETIOLOGIE ET MÉCANISME

CONDITIONS CLINIQUES D'APPARITION. — Ces complications infectieuses se présentent, nous semble-t-il, dans deux conditions cliniques différentes :

1^o Tantôt c'est une affection qui n'est pas antérieure au néoplasme. Les antécédents de la malade ne révèlent rien et c'est peu après le début du cancer que surviennent les signes d'inflammations et de collections. Il va sans dire que dans ces formes il s'agira de microbes les plus banaux exaltés ou associés.

2^o Dans d'autres cas il s'agit de femmes qui ont présenté antérieurement à leur cancer des lésions génitales spécifiques (tuberculose, gonococcie). Dans ce cas il s'agit souvent d'exaltation, de réveil de l'infection spécifique par l'ulcération néoplasique ; et la bactériologie révélera, parmi les microbes associés, l'agent pathogène prédominant. Nous allons voir comment dans l'un et l'autre cas l'ulcération néoplasique est capable de créer ou de réveiller ces lésions.

MÉCANISME. — C'est le mécanisme général des infections, adapté aux conditions anatomiques et bactériologiques du lieu.

L'ulcération cancéreuse est garnie de germes, de microbes, elle présente une réaction inflammatoire plus ou moins mal circonscrite pour la défense de l'organisme. Si cette défense vient à faillir, l'infection peut gagner les organes voisins par les voies suivantes :

1° *La voie muqueuse.* — C'est la voie de propagation banale de proche en proche qui fait si souvent remonter l'infection au corps utérin et parfois aux trompes. C'est cette infection qui suffit à expliquer la pyométrie ; infection qui atteint non seulement les muqueuses simples, mais la muqueuse invaginée et différenciée de si nombreuses glandes utérines qui vont abondamment sécréter le pus.

Mais on peut se demander si cette voie, ici comme pour l'urèthre, ne peut pas se ramener pathogéniquement à la voie d'infection suivante :

2° *Voie lymphatique sous-muqueuse.* — C'est une voie qu'on a le plus tendance à récriminer en pathologie générale, plutôt que la voie de propagation épithéliale directe. Elle rend compte de pas mal d'infections à distance et peut être elle-même l'amorce d'une infection lymphatique plus profonde.

3° *Infection lymphatique profonde.* — Les troncs lymphatiques musculaires sous-séreux, les collecteurs, les ganglions qui en sont l'aboutissant peuvent conduire l'infection pyogène, mais il semble que cliniquement cette voie soit rarement utilisée ; elle constitue en effet autant une barrière qu'une voie d'infection.

4° *La voie veineuse* est indéniable, car au cours d'une infection ulcéreuse de la muqueuse utérine, quelle qu'elle soit, on peut observer de la phlébite péri-utérine, soit phlébite oblitérante atténuée, soit phlébite purulente avec ou sans péri-phlébite. C'est d'ailleurs la voie de la phlegmatia alba dolens au cours des cancers des viscères.

5° *Voie celluleuse.* — L'étude classique de Wertheim nous a montré dans les paramètres non encore néoplasiques des lésions inflammatoires avec prolifération conjonctive, formation de tissu embryonnaire ; les microbes y sont assez difficiles à déceler, mais il est évident qu'ils y sont et on comprend qu'ils puissent s'exalter, aboutir à une infection non plus inflammatoire simple, mais aiguë et purulente.

RÔLE DE LA CAVITÉ CLOSE. — On peut se demander, à propos de la pyométrie, s'il n'en est pas de l'utérus comme d'autres organes creux et si les microbes, notamment les anaérobies, ne peuvent pas s'y exalter. Nous n'avons pas d'ailleurs observé d'accidents très septiques consécutifs à la rétention utérine. Cette rétention s'explique anatomiquement non pas tant par l'existence de bourgeons charnus venant oblitérer le col, que par l'œdème de la muqueuse et les lésions sous-muqueuses.

BACTÉRIOLOGIE. — Les recherches bactériologiques de Orthmann, Wertheim, Menge, Hartmann et Morax, Jayle, Wite, Brunner, Reymond, etc., ont démontré que la véritable cause de la salpingite est l'infection. Ces auteurs ont, dans la plupart des cas examinés, constaté dans le pus ou dans les tissus des trompes enflammées la présence de germes pathogènes variés, dont les plus fréquents sont : le streptocoque, le gonocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le *bacterium coli* commune, etc.

Ces germes pathogènes sont, dans l'immense majorité des cas, d'origine utérine ; et l'infection utérine, la métrite, est la cause principale de l'infection tubo-ovarienne.

Cependant, dans certains cas rares, l'infection peut provenir d'autres sources, de certaines affections intestinales (Pozzi) ou de maladies générales.

Ajoutons que deux de nos observations ont trait, l'une à une infection gonococcique pure qui était l'adieu du mari à l'épouse qu'on allait opérer, et l'autre un cas de tuberculose avec bacilles de Koch excessivement abondants dans la sécrétion.

Douleurs s'irradient vers les lombes et vers le siège. Des troubles menstruels. Une leucorrhée glaireuse plus ou moins abondante. Des troubles digestifs. Des poussées fébriles...

INFECTIONS PÉRI-UTÉRINES — Les inflammations aiguës du paramètre qu'on observe si souvent perdues dans le tableau complexe des complications finales du cancer peuvent s'observer au début, mais sont infiniment rares. Fièvre et douleur, tels sont les deux signes subjectifs qui annoncent l'apparition de cette complication. La douleur, plus profonde et moins aiguë que celle de la péritonite, a pour siège soit la fosse iliaque, soit l'un des côtés de l'hypogastre.

Dans ces phlegmons du paramétrium, on trouve dans un des culs-de-sac une tuméfaction formant croissant autour de l'utérus, confondue sans intervalle avec cet organe.

Il faut remarquer, et cela est intéressant quant au traitement, qu'un pareil phlegmon peut se résorber tant que la suppuration ne s'est point faite.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est dans ces matières particulièrement important puisqu'il est la clé du traitement et que ce traitement doit être précoce et appuyé sur un diagnostic assez ferme pour légitimer un sacrifice parfois considérable.

Deux cas peuvent se présenter :

1° *Cas faciles*. — Il s'agit d'une malade ayant une affection génitale banale sur laquelle se greffe visiblement un cancer typique.

Ou au contraire il s'agit d'une malade qui au cours d'un cancer fera une poussée de métror-salpingite banale ou gonococcique.

2° *Cas difficiles*. — Nous avons observé au contraire des cas très troublants où le diagnostic ne put être que présumé par les moyens cliniques et nécessita un examen de laboratoire.

Dans une de nos observations, il s'agissait d'une ulcération du col à bords découpés, à fond sanieux et jaunâtre avec lésions de métror-salpingite chez une ancienne bacillaire. Il était difficile de faire cliniquement le diagnostic entre l'ulcération tuberculeuse et néoplasique. Ce

n'est que le laboratoire qui, par l'examen histologique d'une part, par une coloration au Ziehl d'autre part, nous permet d'affirmer chez cette malade la coexistence d'un cancer cervical et d'une tuberculose génitale déjà ancienne.

Dans une autre observation, il s'agissait d'une malade manifestement atteinte de cancer du col, prouvé par l'examen histologique, qui présenta une poussée inflammatoire des trompes et du paramètre. L'utérus quand la malade arriva à la clinique était fixé solidement; un cul-de-sac latéral induré. On avait l'impression qu'un néoplasme à marche très rapide avait fixé l'utérus. Mais l'examen bactériologique montra des gonocoques abondants. Et nous apprîmes par ailleurs que le mari de la patiente avait voulu après un long abandon donner à la malade un dernier témoignage de son assiduité.

De même une femme atteinte de métrite peut avoir une ulcération du col par métrite. On sait que parfois une forte métrite banale peut donner et des pertes sanguines et de la leucorrhée malodorante. On voit que pareil cas peut parfois être d'un diagnostic délicat.

Comment faire ces diagnostics difficiles ?

1° Par une étude attentive des symptômes. On étudiera en détail les caractères de l'ulcération.

Les ulcérations tuberculeuses sont irrégulières, bourgeonnantes, à fond rose pâle et reposent sur une base indurée. Elles sont souvent entourées des points jaunâtres qui caractérisent la tuberculose des muqueuses. En dehors de ce caractère, si surtout la lésion tuberculeuse est limitée au col, sans coexistence de lésions de même nature dans les autres viscères, leur reconnaissance sera très difficile, souvent impossible, sauf par la résection et

l'examen histologique. Elles saignent au moindre contact comme le cancer.

Dans le cas de leucorrhée abondante avec ulcération du col, la distinction devra être faite avec le cancer du col. D'ordinaire, dans le cancer, l'écoulement est séreux ou séro-purulent, rapidement fétide ; l'ulcération saigne facilement, est tapissée souvent de fongosités friables, repose sur des tissus très indurés, et il y a une véritable perte de substance.

Dans la métrite, l'écoulement est épais, muqueux ou muco-purulent, rarement fétide ; l'ulcération moins friable, moins saignante, plus superficielle : c'est une exulcération plutôt qu'une ulcération. D'autre part, les topiques la modifient à vue d'œil. Les contours sont comme ceux de la carte d'un îlot dont les bords changeraient presque chaque jour.

Enfin, il n'est pas inutile de chercher systématiquement à faire le diagnostic de la pyométrie dans tout cancer du col pour pouvoir préparer l'intervention par l'évacuation du pus septique. La palpation et le cathétérisme permettront de reconnaître cette complication.

Examens de laboratoire. — Ils sont assez simples à effectuer. La clinique satisfaite, on ne devra pas négliger leurs concours. Ils consistent dans : 1^o l'examen histologique par la prise d'un petit fragment à la limite de l'ulcération et du tissu sain ; 2^o l'examen bactériologique (qui nous fut très précieux dans deux de nos observations).

TRAITEMENT

L'association du cancer et d'une inflammation aiguë pose au point de vue du traitement une véritable antinomie.

En effet, on sait que le traitement opératoire du cancer du col est une exérèse large, précoce, faite par voie abdominale, par la méthode totale en voyant bien les uretères.

D'autre part, on sait que les affections aiguës de la sphère génitale comportent presque toujours une phase assez longue de repos, d'expectative, de refroidissement; et d'autre part les opérations, l'exérèse pratiquée secondairement, sont gênées par des adhérences qui ne permettent pas toujours une vision absolument nette du lieu où passe la section du pédicule et du paramètre.

D'autre part, en face d'une lésion cancéreuse, il semble qu'on soit en droit d'attendre le moins possible, dût la maladie voir aggraver le pronostic de l'intervention.

En ce sujet comme ailleurs, il est souvent imprudent de généraliser. Chaque cas a sa physionomie propre. Rien n'est aussi délicat qu'une indication opératoire précise; il faut tenir compte de divers facteurs: l'état local,

l'acuité des lésions, l'état général, le milieu, quelquefois le désir d'un entourage éclairé.

Toutefois on peut schématiquement distinguer :

Les mauvais cas. — Un cancer sur la limite opératoire, du fait d'une complication inflammatoire surajoutée, peut très légitimement être abandonné aux soins médicaux ou de petite chirurgie.

Dans les cancers au début, si l'état général n'est pas mauvais et qu'il survienne une poussée de salpingométrite gonococcique ou banale, on peut essayer la ligne de conduite suivante :

a) Une expectative aussi courte que possible pendant laquelle on fera un double traitement : la lésion inflammatoire sera traitée par la glace, les suppositoires glycélinés, les moyens habituels, le repos avec une rigueur particulière. L'ulcération néoplasique sera pendant ce temps préparée par l'action soit du radium manié prudemment, soit par la méthode très simple des applications locales de sulfate de cuivre en solution poudre ou cristaux.

b) Une intervention abdominale large, dès qu'elle sera possible, avec reconnaissance des uretères.

Dans les cancers associés à la tuberculose génitale, le pronostic de la tuberculose génitale étendue est, après une opération, aléatoire à brève ou longue échéance, et nous avouons que devant une pareille association nous avons renoncé à une exérèse et nous nous sommes contentés de l'application banale des topiques.

Amputation du col. — On sait combien est insuffi-

sante cette opération du col contre le cancer. Toutefois, on peut se demander si, dans certains cas où les lésions inflammatoires rendent impossible une exérèse, on n'a pas le droit de se contenter de cette intervention.

Dans une de nos observations nous avons, dans un cas de périmétrite gonococcique avec mauvais état général, pratiqué l'amputation du col au-dessus du petit cancer au début, avec barrage par des injections de sulfate de cuivre. Nous n'avons pas grande illusion d'ailleurs sur l'avenir éloigné de la malade en question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{me} F..., 44 ans, ménagère, de Jouques.

Entre dans le service le 6 mars 1920.

Mariée, a eu deux enfants et un avortement qui remonte à 6 ans.

Depuis, pertes blanches et rousses odorantes, et c'est ce dernier symptôme qui la pousse à se présenter à l'hôpital. Depuis deux mois elle présente des troubles digestifs, de la céphalée, des malaises. Elle déclare avoir eu de la fièvre ces derniers temps, mais ne peut préciser la date, n'ayant, dit-elle, jamais trop fait attention à son état.

Examen. — *Au toucher*: Ulcération du col saignant facilement. Utérus légèrement augmenté de volume et sa mobilisation est un peu douloureuse. Les culs-de-sac sont libres.

L'hystérométrie donne 7 cm. Pas d'écoulement de pus.

Le diagnostic de cancer est porté (épithélioma, dit le laboratoire) et on opère la malade le 20 mars 1910.

On fait une hystérectomie abdominale élargie : difficultés à trouver et dégager l'uretère gauche. Salpingite gauche peu adhérente. Le décollement vaginal se fait facilement.

Examen de la pièce. — Utérus en barillet, renflé et mou.

A la coupe, il s'écoule 2 cuillerées à soupe de pus avec une certaine tension (pyométrie).

L'examen du col montre : un peu d'œdème de la muqueuse ; ulcération exocervicale du col n'atteignant pas l'orifice interne du col.

OBSERVATION II

M^{me} N..., 50 ans, sans profession.

Est examinée par M. le docteur Latil qui porte le diagnostic de cancer du col utérin contrôlé peu après par l'examen histologique fait par MM. Ranque et Sénès. On décide l'intervention pour le 1^{er} juin 1920.

Deux jours avant l'intervention entre à la clinique avec une poussée de péritonite génitale et de métrosalpingite : l'utérus est fixé solidement, un cul-de-sac latéral induré. On avait l'impression qu'un néoplasme à marche très rapide avait fixé l'utérus.

Les pertes blanches sont plus abondantes qu'au premier examen.

On fait un examen bactériologique qui révèle la présence de gonocoques nombreux criblant la préparation. Et on apprend par ailleurs que le mari de la patiente avait voulu, après un long abandon, donner à la malade un dernier témoignage de son assiduité.

Notre conduite fut d'abord une expectative assez

courte avec glace sur le ventre. Opium. La réaction péritonéale se calme. On soigne l'ulcération du col par le sulfate de cuivre en poudre et en cristaux.

Au bout d'un mois l'utérus et les annexes étant absolument bâtis par la périmétrite inflammatoire, on se décide à faire simplement une amputation du col.

Opération le 3 juillet. — Anesthésie rachidienne.

Décollement des culs-de-sac. Amputation haute du col. On fait ensuite des injections de barrage tout au tour avec une solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100.

Suites opératoires sont assez bonnes.

Le 10 septembre, la malade toujours allongée souffre moins ; la glace et le repos calment peu à peu la pelvi-péritonite.

OBSERVATION III

M^{me} X..., 56 ans, sans profession.

Entre dans le service avec diagnostic d'induration suspecte du ligament large. Se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Accuse des pertes rousses malodorantes.

A l'interrogatoire : Antécédents bacillaires ; d'ailleurs la malade présente elle-même des cicatrices d'abcès froids.

Au toucher : Ulcération du col et cul-de-sac latéral induré. Vu les antécédents on hésite à porter un diagnostic, et on fait un examen de l'ulcération et des pertes.

Le laboratoire nous permet d'affirmer la coexistence d'un cancer cervical et d'une tuberculose génitale déjà ancienne.

L'état général de la malade est mauvais. La température persiste malgré le repos de plus d'un mois, les suppositoires glycérinés... Un nouveau toucher nous donnant toujours la même sensation d'induration et vu la gravité du cas, nous renonçons à l'exérèse et on se contente de l'application des topiques.

Après deux mois de repos la malade se retire chez elle avec les mêmes signes mais accusant moins de douleur et moins de fatigue à la marche.

OBSERVATION IV

M^{me} M..., 44 ans. Entre le 10 mars 1917.

Atteinte depuis longtemps de métrite-salpingite gonococcique.

A eu depuis trois mois des pertes blanches et rouges, malodorantes. Depuis souffre du bas-ventre, marche difficilement et présente une recrudescence des signes de métrite-salpingite : douleurs, leucorrhée persistante, quelques poussées fébriles, des troubles digestifs.

A l'examen, présente une ulcération néoplasique du col vérifiée par l'examen histologique.

L'examen bactériologique des pertes montre des microbes variés et quelques gonocoques.

Après un mois et demi de repos, les phénomènes douloureux disparaissent ; les pertes diminuent et l'état de la malade étant bien remonté, on décide l'opération pour le 7 mai 1919.

Opération. — Hystérectomie totale élargie, Trompes un peu adhérentes.

L'utérus est œdématié avec des trainées néoplasiques blanchâtres venant du col.

Suites sont normales.

La malade, en octobre 1920, présente des signes de récurrence dans les ganglions iliaques droits.

CONCLUSIONS

Nous accordons que généralement les infections sont des complications terminales du cancer utérin.

Nous accordons qu'elles sont rares au début et présentent plutôt un caractère banal.

Nous accordons que le plus souvent une induration de la base des ligaments larges doit être considérée comme suspecte.

Mais nous nous accordons également :

Que les infections aiguës peuvent coexister avec un cancer du col au début.

Que l'induration du ligament large n'est pas un signe pathognomonique de propagation cancéreuse.

Que ces accidents peuvent poser des questions de diagnostic et de traitement difficiles à résoudre.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOIN. — Précis de pathologie chirurgicale (tome IV).
FORGUE et MASSABAU. — Gynécologie (Nouveau traité de chirurgie).
FRANQUE (Von). — Coexistence des lésions cancéreuses et tuberculeuses au niveau des organes génitaux de la femme (Zeitschr. für Geb. u. Gyn., 1912).
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
LEGUEU et REBREYEND. — De la pyométrie, complication du col utérin (Revue de chir. et gyn., septembre 1899).
LOMON. — Pyométrie (Thèse Paris, 1907).
POIRIER. — Anatomie.
POZZI. — Traité de gynécologie.
WERTHEIM. — Congrès de Rome, 1902.
ZABLOUDOWSKY (M^{lle}). — Sur les rétentions utérines au cours du cancer (Thèse Paris, 1900).
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 20 novembre 1920

P^r le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

J. VIANEY.

VU ET APPROUVE :

Montpellier, le 20 novembre 1920.

P^r Le Doyen,

L'Assesseur délégué,

FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER. — IMPRIMERIE « L'ABEILLE », 14, AVENUE DE TOULOUSE.
